Tweede Kamer der Staten-Generaal

2

Vergaderjaar 2014–2015

31 996 Regels ten aanzien van zorg en dwang voor personen met een psychogeriatrische aandoening of een verstandelijke handicap (Wet zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten)

Nr. 73 BRIEF VAN DE STAATSSECRETARIS VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 26 juni 2015

Over psychofarmaca – geneesmiddelen die aangrijpen op het centrale zenuwstelsel en werkzaam zijn tegen psychische aandoeningen – is in uw Kamer meerdere malen van gedachten gewisseld. Onder meer tijdens de behandeling van het wetsvoorstel Zorg en Dwang, maar ook bij onderwerpen als kwaliteit van verpleeghuizen en ouderenmishandeling. Berichten in de media over het gebruik van psychofarmaca als «chemisch fixatiemiddel» leidden terecht tot bezorgdheid bij de leden van uw Kamer. Via de motie van de leden Leijten en Krol[1] is hier vrijwel Kamerbreed uiting aan gegeven. Ik deel de bezorgdheid van uw Kamer.

Een duidelijke urgentie

Uit eigen (literatuur)onderzoek en gesprekken met diverse deskundigen komen de volgende bevindingen over psychofarmacagebruik naar voren. Ongeveer 60% van de bewoners met dementie die op een psychogeriatrische afdeling in een intramurale instelling voor ouderenzorg verblijven, krijgt psychofarmaca toegediend vanwege probleemgedrag[2]. Het totale psychofarmacagebruik bij ouderen met probleemgedrag in instellingen in Nederland blijkt sinds 2003 stabiel te zijn[3], met wel een onderlinge verschuiving tussen verschillende groepen psychofarmaca. In een derde van de gevallen[4] krijgen cliënten langer dan 2 jaar antipsychotica toegediend, zonder dat een poging tot afbouw wordt gedaan. Verder blijkt dat circa een derde van de cliënten in de instellingen voor verstandelijk

[1] Kamerstuk 33 891, nr. 164
[2] Zuidema S.U. et al, Trends in psychofarmacagebruik bij patiënten met dementie, Tijdschrift voor Ouderengeneeskunde, 21 april 2015.
[3] Ibid.
[4] Wetzels R. et al, Prescribing pattern of psychotropic drug use in nursing home residents with dementia. Int Psychogeriatrics 2011; 23: 1249–59

kst-31996-73
ISSN 0921 - 7371
’s-Gravenhage 2015

gehandicaptenzorg psychofarmaca krijgt wegens gedragsproblemen, waarvan 78% langer dan 10 jaar[5].
Uit – onder meer – het recente rapport van de Inspectie voor de Gezondheidszorg «Kijken met andere ogen naar de zorg voor mensen met dementie en onbegrepen gedrag; Een oriënterend en cliëntgericht onderzoek naar de kwaliteit van zorg aan cliënten met onbegrepen gedrag in de intramurale ouderenzorg» (juni 2015) rijst het beeld dat in diverse instellingen te snel dan wel te gemakkelijk psychofarmaca worden ingezet. Volgens het inspectierapport werd in alle onderzochte instellingen psychofarmaca voorgeschreven bij cliënten met dementie en onbegrepen gedrag, hoewel er tussen de instellingen wel verschil was in de mate van gebruik. In een aantal instellingen werd direct met medicatie gestart, zonder eerst naar de mogelijkheden van andere (psychosociale) interventies te kijken. Voorts bleken de randvoorwaarden voor het toedienen van psychofarmaca niet altijd op orde, en liet de evaluatie van het psychofarmacagebruik, op grond waarvan dit gebruik mogelijk had kunnen worden gestaakt, veelal te wensen over. Ik realiseer mij dat, zoals de Inspectie zelf aangeeft, dit rapport vanwege het kleine aantal bezochte instellingen en de kwalitatieve wijze van verzamelen en analyseren van gegevens geen representatief beeld geeft. Desalniettemin onderstrepen deze bevindingen, tezamen met de overige cijfers en bronnen die ik geraadpleegd heb, de urgentie om samen met cliëntenorganisaties, aanbieders, beroepsgroepen en andere relevante partijen aan de slag te gaan om het ongewenst psychofarmacagebruik in te perken. Echter, alvorens in te gaan op het plan van aanpak zoals ik dat hierbij aan uw Kamer voorleg, wil ik eerst nader ingaan op de problematiek.

Voor – en nadelen van psychofarmaca

Tot de groep psychofarmaca behoren de zogeheten antipsychotica, antidepressiva, anxiolytica en hypnotica. Deze middelen worden ingezet ter behandeling van psychoses, agressie en opwinding, angsten, depressie, nachtelijke onrust en andere uitingsvormen van psychische problemen. De zogeheten anti-dementiemiddelen worden formeel niet tot de psychofarmaca gerekend. Deze middelen worden voorgeschreven ter stabilisering van de cognitieve achteruitgang. Soms worden zij echter wel gebruikt om gedragsproblemen bij dementie te reguleren. Psychofarmaca kunnen bij mensen met dementie, een verstandelijke beperking of GGZ-problematiek helpen de door hen ervaren problemen te verminderen of er de scherpste kantjes van af te krijgen. Ze hebben echter ook negatieve bijwerkingen voor de gebruiker. In de literatuur worden bijwerkingen genoemd als: rigiditeit, beven, droge mond, loopdrang, innerlijke onrust, verwardheid, sufheid, minder goed kunnen lopen en risico op vallen. Zeker bij langdurig gebruik kunnen psychofarmaca de kwaliteit van leven van de cliënt negatief beïnvloeden en mogelijk zelfs diens gezondheid. Zo kan langdurig gebruik van antipsychotica bijvoorbeeld tot een verhoogde kans op CVA, pneumonie of sterfte leiden. Het voorschrijven en gebruiken van psychofarmaca kan en mag dus nooit lichtvaardig gebeuren, maar altijd proportioneel en op basis van informed consent.

Nee, tenzij

Ik vind dan ook het gebruik van psychofarmaca op niet-medische gronden niet is geoorloofd, tenzij daarmee een situatie van ernstig nadeel voor de cliënt of zijn omgeving wordt voorkomen. Door diverse deskundigen wordt in dit verband bijvoorbeeld de groep van ernstig dementerende

[5] Kuijper G de. Aspecten van langdurig antipsychoticagebruik bij mensen met een verstandelijke beperking. PW Wetenschappelijk Platform. 2014;8:a1425.

cliënten genoemd[6]. Maar ook dan is het, als de inzet van psychosociale interventies niet tot verbetering van de situatie leidt, slechts een ultimum remedium. Dit «nee, tenzij»-principe is ook de kern van mijn wetsvoorstel Zorg en Dwang, dat momenteel nog ter behandeling voor ligt bij de Eerste Kamer.
We moeten ons dus realiseren dat een doelstelling om het psychofarmacagebruik uit te bannen, zoals dit met fysieke vormen van vrijheidsbeperking als de Zweedse band is beoogd, niet realistisch is. Wel ben ik er van overtuigd dat het béter met mínder kan. Uit het bovenstaande blijkt immers dat te veel cliënten in intramurale instellingen te vaak, te lang en ten onrechte psychofarmaca krijgen voorgeschreven. In de op 4 juni jongstleden uitgebrachte Factsheet over dwangbehandeling in de ouderenzorg en de gehandicaptenzorg[7] stelt de Inspectie expliciet dat het gebruik van psychofarmaca minder moet, en dat dit volgens haar op een verantwoorde manier kan gebeuren. Ik zie dit als een belangrijke steun voor mijn inzet.

Dilemma

Uit diverse bronnen[8, 9] komt het beeld naar voren dat een belangrijke aanleiding om psychofarmaca toe te dienen, handelingsverlegenheid bij de zorgverleners is. Er komt soms een punt waarbij zij niet weten hoe te moeten handelen op het gedrag van de cliënt, terwijl dit gedrag hen wel vraagt om te interveniëren. Dan is er het dilemma om te kiezen tussen enerzijds de zorg voor de cliënt met dit gedrag, en anderzijds het welbevinden en veiligheid van deze cliënt en de overige bewoners. Zeker als de familie of mantelzorgers van de cliënt hier geen bezwaar tegen hebben, of er mogelijk zelfs op aandringen, is de stap om (direct) psychofarmaca in te zetten klein. Het is dan ook in het merendeel van de gevallen (86%[10]) dat het verplegend en verzorgend personeel bij de arts aandringt op ingrijpen met psychofarmaca. Ik heb oog voor dit dilemma en voor de andere dilemma's waar zorgverleners dagelijks mee van doen hebben. In mijn brief aan uw Kamer «Waardigheid en trots. Liefdevolle zorg voor onze ouderen; Plan van aanpak kwaliteit verpleeghuizen»[11] ben ik reeds uitvoerig ingegaan op de acties die mij en alle betrokken partijen in dit verband voor ogen staan. Bijvoorbeeld in het kader van het voeren van de ethische discussie over omgaan met risico's versus leefbaarheid, maar ook de acties in verband met de uitwerking van «Speerpunt 3: Meer ruimte voor en kwaliteit van professionals».
Daarnaast noem ik ook het Actieprogramma Onvrijwillige Zorg[12] van 17 mei 2013. Dit actieprogramma is erop gericht om zorgverleners te helpen het gedrag van cliënten beter te begrijpen. Dat ondersteunt hen bij het maken van goede afwegingen en het verlenen van passende zorg zonder dwang. Ook wil ik via het actieprogramma een methodische, systematische en multidisciplinaire werkwijze in de omgang met probleemgedrag stimuleren. Zo'n werkwijze geeft zorgverleners houvast. Ten derde probeer ik via het actieprogramma op diverse manieren een

---

6 Zie: http://medischcontact.artsennet.nl/archief-6/Tijdschriftartikel/116680/Antipsychotica-soms-nuttig-bij-dementie.htm
7 Toezicht vrijheidsbeperking onder dwang in de ouderenzorg en gehandicaptenzorg: kritische benadering door zorgaanbieders en beroepsbeoefenaren blijft nodig; IGZ, juni 2015
8 Meer van der M., Handelingsverlegen professionals; Zorg en Welzijn, maart 2010
9 Zimmerman, S. 2005 Attitudes, Stress and Satisfaction of Staff Who Care for Residents With Dementia; The Gerontologist, 45, 96–105. Geciteerd in: Een onderzoek naar de ervaren strains door zorgverlenend personeel in de psychogeriatrische verpleeghuiszorg. Werven L. van, Trimbos Instituut /Universiteit Utrecht, 2013
10 Cornege-Blokland e.a. (2012) Reasons to prescribe antipsychotics for the behavioural symptoms of dementia: a survey in Dutch nursing homes among physicians, nurses and family caregivers. JAMDA 13, 80–86.
11 Kamerstuk 31 765, nr. 124
12 Kamerstuk 31 996, nr. 53

open gesprek tot stand te brengen over vrijheidsbeperking en de ethische dilemma's die daar bij spelen.

Proper-studie

Om beter inzicht te krijgen in de kwaliteit van het voorschrijfbeleid van psychofarmaca en om dit beleid te optimaliseren, is eind 2010 is de Proper-studie (Prescription Optimization of Psychotropic drugs in Elderly nuRsing home patients with dementia) van start gegaan. Dit onderzoek is door VWS gefinancierd via ZonMw. Vanuit uw Kamer is regelmatig aan dit onderzoek gerefereerd. Ook ik ben zeer benieuwd naar de eindbevindingen. Deze zijn pas op zijn vroegst najaar 2015 beschikbaar, zo heb ik van de onderzoekers vernomen. Zo lang wil ik echter niet meer wachten. Ik heb daarom de tussentijdse publicaties[13, 14] vanuit de Proper-studie betrokken in deze brief aan uw Kamer en in bijgaand plan van aanpak ter uitvoering van de motie-Leijten/Krol. Daarnaast heb ik zelf ook uitvoerig (literatuur)onderzoek gedaan en diverse deskundigen geraadpleegd.

Addendum op bestaande plannen...

Bijgaand plan van aanpak «Het kan béter met mínder!»[15] moet u vooral zien als een addendum op onderdelen op zowel «Waardigheid en trots. Liefdevolle zorg voor onze ouderen; Plan van aanpak kwaliteit verpleeghuizen» als het Actieprogramma Onvrijwillige Zorg. Een aantal acties valt vanwege dezelfde gesignaleerde problematiek samen met het plan van aanpak kwaliteit verpleeghuizen. Voorts wil ik het programma «Het kan beter met minder», dat zich richt op het terugdringen van het psychofarmacagebruik in de langdurige zorg, zoals dit in het kader van het Actieprogramma Onvrijwillige Zorg in oktober 2014 is ingezet, verlengen en verbreden. Dit programma wordt een belangrijk voertuig voor de acties die ik in het kader van het Plan van aanpak inzet. Om die reden heb ik het Plan van aanpak ook de titel «Het kan béter met mínder!» meegegeven. Met het oog op de cijfers over het psychofarmacagebruik in de verstandelijk gehandicaptenzorg, wil ik deze sector ook in mijn plannen meenemen. Voor de gehandicaptenzorg is wel nog een nadere uitwerking nodig samen met VGN, artsen verstandelijk gehandicapten (NVAVG) en gedragswetenschappers. Overigens is in het huidige «Het kan beter met minder» ook aandacht voor het perspectief vanuit de gehandicaptenzorg. Dit wordt uiteraard gecontinueerd, en waar nodig geïntensiveerd.

...Maar ook: verbinden en faciliteren

De meer onderwerpspecifieke acties in dit plan van aanpak richten zich vooral op het verbinden en faciliteren.
Zo wil ik meer bundeling en afstemming bereiken ten aanzien van de vele projecten en programma's die reeds lopen of in de startblokken staan om een aanzienlijke reductie van het psychofarmacagebruik in de intramurale ouderen- en verstandelijk gehandicaptenzorg te bewerkstelligen. De in bijgaand plan van aanpak voor komend najaar aangekondigde landelijke conferentie met alle betrokken partijen zie ik hier bij als een belangrijke mijlpaal. Samen met alle betrokken partijen wil ik tot een gezamenlijke intentie en aanpak komen om te zorgen dat het ongewenst gebruik van psychofarmaca in de intramurale zorg binnen een nader met deze partijen af te spreken periode wordt afgebouwd.

---

[13] Smeets, C.H.W.et al, Factors Related to Psychotrophic Drug Prescription for Neuropsychiatric Symptoms in Nursing Home Residents With Dementia, JAMDA 15 (2014) 835–840

[14] Zuidema S.U. et al, Trends in psychofarmacagebruik bij patiënten met dementie, Tijdschrift voor Ouderengeneeskunde, 21 april 2015

[15] Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl

Ook wil ik van mijn kant krachtig inzetten op het geschikt maken en implementeren van recent ontwikkelde en nog te ontwikkelen wetenschappelijke methoden en interventies ter vermindering van oneigenlijk psychofarmacagebruik ten behoeve van de werkvloer. De instellingen moeten immers vooral zelf aan de slag kunnen. Ik weet dat in veel verpleeghuizen en instellingen voor verstandelijk gehandicaptenzorg naar wegen wordt gezocht om, analoog aan het verminderen van vrijheidsbeperkende maatregelen, het gebruik van psychofarmaca af te bouwen. Via het programma «Het kan beter met minder» wil ik die instellingen faciliteren met bruikbare en gebruiksklare tools.
Voorts participeert VWS in Europees verband actief in de binnenkort te starten
Joint Action Dementia, waarin het verder terugdringen van het gebruik van psychofarmaca bij probleemgedrag een van de speerpunten is. Deze joint action is een vervolg op de eerdere joint action op dit terrein, waarin een toolbox voor het terugdringen van het gebruik van psychofarmaca is ontwikkeld. Ik wil dat ook deze toolbox geschikt wordt gemaakt voor gebruik binnen Nederlandse instellingen.

Ten slotte

In het Plan van aanpak «Het kan béter met mínder!» treft u de acties die ik in het kader van mijn systeemverantwoordelijkheid samen met alle betrokken partijen wens in te zetten – en reeds heb ingezet – om de ongewenste toediening van psychofarmaca aan kwetsbare cliënten in intramurale instellingen tegen te gaan. Ofwel, positief geformuleerd: om ultieme terughoudendheid bij het gebruik van psychofarmaca te bewerkstelligen. Want het kan béter met mínder. Ik hecht er overigens aan om vooral een positieve toonzetting te kiezen, omdat ik mij er rekenschap van geef dat deze beroepsgroepen worstelen met deze materie. Ik reken dan ook op de positieve bijdrage van alle betrokken partijen. De constructieve reacties vanuit de verschillende doelgroepen op het concept Plan van aanpak bieden goede hoop op het welslagen.

De Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
M.J. van Rijn